



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

04 февраля 2010 г.

№ 14-П

г. Нальчик

**Об оказании медицинской помощи новорожденным детям  
в Кабардино-Балкарской Республике**

Во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.1995г. № 372 «О совершенствовании первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале» и от 30.12.2003г. № 624 «О мерах по дальнейшему совершенствованию реанимационной помощи детям в Российской Федерации», с целью совершенствования организации работы неонатальной службы, улучшения качества ее оказания, снижения показателей неонатальной младенческой смертности, повышения эффективности и улучшения координации работы специалистов на всех этапах оказания медицинской помощи детям в периоде новорожденности

**п р и к а з ы в а ю :**

**1. Утвердить:**

1.1. Положение об этапах оказания реанимационной помощи новорожденным и недоношенным детям, находящимся в экстремальных состояниях (Приложение 1).

1.2. Порядок представления оперативной (ежедневной) информации на этапах оказания неотложной реанимационной неонатологической помощи. (Приложение 2).

1.3. Положение о порядке транспортировки новорожденных в критических состояниях в отделение реанимации и интенсивной терапии Государственного учреждения здравоохранения «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (далее – ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР) (Приложение 3).

1.4. Порядок оказания помощи новорожденным с хирургической патологией (Приложение 4).

1.5. Порядок оказания помощи новорожденным с подозрением на врожденные пороки сердца и системы кровообращения (Приложение 5).

1.6. Методические рекомендации по дифференциальной диагностике и лечению новорожденных с врожденными пороками сердца и системы кровообращения (Приложение 6).

1.7. Критерии декомпенсации витальных функций (Приложение 7).

1.8. Формализованную карту первичной оценки состояния новорожденного, наблюдающегося дежурным врачом реаниматологом-анестезиологом, координирующим работу выездных реанимационных бригад ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР (далее – дежурный врач-анестезиолог-реаниматолог выездных реанимационных бригад) (Приложение 8).

1.9. Вкладной лист Консультации выездной реанимационной неонатальной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР (Приложение 9).

**2. Главному внештатному специалисту-эксперту неонатологу Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (далее – Минздрав КБР) (Жетишев Р.А.):**

2.1. Разработать и утвердить необходимые документы для прохождения интернатуры по неонатологии на базе медицинского факультета ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова».

2.2. Составить план и обеспечить проведение обучающих семинаров и конференций по вопросам оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным на всех этапах.

2.3. Составить график и провести обучение всех неонатологов республики практическим навыкам проведения реанимации и прямой ларингоскопии, заменного переливания крови.

Принять зачеты на знание приказа МЗ РФ от 28.12.1995г. №372 «О совершенствовании первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале».

Информацию по итогам проведенных занятий представлять в отдел охраны материнства и детства Минздрава КБР ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным, по итогам года – до 25.12.2010 г.

2.4. Организовать обучение врачей реаниматологов-анестезиологов неонатальных отделений реанимации и интенсивной терапии с приглашением специалистов из ведущих профильных учреждений федерального уровня.

2.5. Ежеквартально представлять анализ показателей неонатальной младенческой смертности и предложения по координации организации неонатальной службы в Кабардино-Балкарской Республике в отдел охраны материнства и детства Минздрава КБР.

2.6. Оказывать содействие в формировании заявок руководителями лечебно-профилактических учреждений, имеющих в своей структуре койки для реанимации новорожденных, по оснащению неонатальной (в том числе реанимационной) службы республики необходимым оборудованием и медикаментами.

2.7. Разработать и представить на утверждение в Минздрав КБР стандарты по оказанию помощи новорожденным детям в соответствии с федеральными стандартами.

**3. Начальнику отдела охраны материнства и детства Минздрава КБР (Шогенова Ю.С.):**

3.1. Формировать согласованные с главным внештатным специалистом-экспертом неонатологом Минздрава КБР Жетишевым Р.А. заявки на закупку оборудования и медикаментов в рамках действующих республиканских целевых программ для материально-технического оснащения отделений реанимации новорожденных с учетом заявок главных врачей ЛПУ.

3.2. Ежегодно разрабатывать и утверждать приказом план мероприятий по снижению младенческой смертности в Кабардино-Балкарской Республике с учетом предложений главного внештатного специалиста-эксперта неонатолога Минздрава КБР Жетишева Р.А.

3.3. По мере необходимости проводить разбор младенческой смертности на ЛКК Минздрава КБР.

**4. Руководителю административного департамента Минздрава КБР (Шарданова М.М.):** учесть в заявке на целевую подготовку специалистов-неонатологов и анестезиологов-реаниматологов для работы в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных в соответствии с заявкой руководителей государственных учреждений здравоохранения по детству и родовспоможению, руководителей органов управления здравоохранения городских округов и муниципальных районов.

**5. Главным врачам Государственного учреждения здравоохранения «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (далее - ГУЗ «ПЦ» МЗ КБР) (Темботова М.М.), ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР (Эльчепаров М.М.), начальнику Управления здравоохранения городского округа Нальчик (Аксорова М.Г.):**

5.1. Принять меры по укомплектованию штатов врачей-неонатологов и врачей-анестезиологов-реаниматологов отделений реанимации для новорожденных детей квалифицированными специалистами.

5.2. Принять меры по оснащению отделений реанимации для новорожденных детей в соответствии с приказом МЗ РФ от 30.12.2003г. № 624 «О мерах по дальнейшему совершенствованию реанимационной помощи детям в Российской Федерации».

Заявки на приобретение оборудования в отделения реанимации для новорожденных детей, направляемые в Минздрав КБР, согласовывать с главным внештатным специалистом-экспертом неонатологом Минздрава КБР Жетишевым Р.А.

**6. Главному врачу ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР (Эльчепаров М.М.):**

6.1. Выделить койки в структуре детского хирургического отделения для оказания специализированной хирургической помощи новорожденным детям.

6.2. Назначить врача – детского хирурга, прошедшего соответствующую подготовку по вопросам хирургии новорожденных, ответственным за оказание специализированной помощи новорожденным детям с хирургической патологией. При необходимости – командировать специалиста для подготовки по вопросам хирургии новорожденных.

**7. Руководителям органов здравоохранения городских округов и муниципальных районов, главным врачам лечебно-профилактических учреждений республики:**

7.1. Обеспечить организацию оказания медицинской помощи новорожденным детям в соответствии с настоящим приказом.

7.2. Направить всех врачей-неонатологов (в том числе анестезиологов-реаниматологов детских, неонатальных отделений анестезиологии и реаниматологии) по составленному графику на обучающие семинары к главному внештатному специалисту-эксперту неонатологу Минздрава КБР Жетишеву Р.А. с получением зачета до 25.12.2010г.

7.3. Врачам-неонатологам и анестезиологам-реаниматологам использовать в работе методические рекомендации под редакцией главного внештатного специалиста-эксперта неонатолога Жетишева Р.А. «Профилактика, диагностика и лечение респираторного дистресс-синдрома (РДС) новорожденных», «Ранняя анемия недоношенных детей (механизмы регуляции эритропоэза, кроветворение плода и новорожденного, патофизиология анемии, методы ее терапии)».

**8. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.**

**Министр**

**В.Бицуев**

## **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ И НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ**

Все медицинские учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь новорожденным, в зависимости от уровня материально-технического оснащения, штатного расписания и подготовленности медицинских кадров, разделяются на 3 уровня:

**УЧРЕЖДЕНИЯ 1-го УРОВНЯ:** родильные отделения районных и городских больниц, за исключением Муниципального учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №1» г.о.Нальчик (далее - МУЗ «ГКБ №1» г.Нальчик).

**Задачи:** своевременное оказание комплекса первичных реанимационных мероприятий в родильном зале, прогнозирование и распознавание угрожающих жизни состояний, оказание реанимационной помощи.

### **Алгоритм действий учреждений 1-го уровня:**

1. При рождении ребенка в тяжелом состоянии – оказание первичного реанимационного пособия в строгом соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.1995г. № 372 «О совершенствовании первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале».

2. Дальнейшая терапия проводится на месте в палате интенсивной терапии и включает в себя катетеризацию центральных сосудов, инфузионно-трансфузионную и респираторную терапию, в том числе и аппаратную искусственную вентиляцию легких (далее - ИВЛ); при отсутствии аппарата – мешком Амбу. Терапия проводится неонатологами, педиатрами, акушерами-гинекологами, акушерками, медсестрами; при необходимости привлекаются реаниматологи выездной неонатальной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР.

3. Доклад о состоянии пациента дежурному врачу – анестезиологу-реаниматологу выездных реанимационных бригад ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР и получение первичной консультации по телефону 8-(8662)-730-667 для решения вопроса о последующей стратегии, тактике терапии и необходимости перевода в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР (по форме в соответствии с Приложениями 2, 7, 8).

**УЧРЕЖДЕНИЯ 2-го УРОВНЯ:** ГУЗ «ПЦ» МЗ КБР, родильное отделение МУЗ «ГКБ №1» г.Нальчик – отделение новорожденных и отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

**Задачи:** своевременное оказание комплекса первичных реанимационных мероприятий в родильном зале, прогнозирование и распознавание угрожающих жизни состояний, оказание реанимационной

помощи, реанимационная терапия, включающая длительную ИВЛ.

**Алгоритм действий учреждений 2-го уровня:**

1. При рождении ребенка в тяжелом состоянии – оказание первичного реанимационного пособия в строгом соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.12.1995г. № 372 «О совершенствовании первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале».

2. Дальнейшая терапия проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и включает в себя катетеризацию центральных сосудов, инфузионно-трансфузионную и респираторную терапию, в том числе и искусственную вентиляцию легких аппаратом ИВЛ, проведение этиотропной, патогенетической интенсивной терапии новорожденным при любой патологии, за исключением заболеваний, требующих экстренного специализированного (например, хирургического) вмешательства. Терапия проводится врачами – анестезиологами-реаниматологами, имеющими подготовку по неонатологии.

3. Перевод детей из учреждений 2-го уровня в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР проводится выездной реанимационной неонатальной бригадой ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР в сроки, регламентированные приказом МЗ РФ от 26.11.1997 № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

**УЧРЕЖДЕНИЯ 3-го УРОВНЯ:** отделение реанимации и интенсивной терапии (для новорожденных) II этапа выхаживания новорожденных ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР.

**Задачи:**

1. Консультативная помощь лечебно-профилактическим учреждениям (далее – ЛПУ) 1-го уровня.
2. Транспортировка новорожденных из стационаров 1 и 2-го уровня на 3-й уровень.
3. Реанимационная терапия, включающая длительную ИВЛ и высокотехнологичную помощь.

**Алгоритм действий:** оказание всех видов медицинской помощи новорожденным вне зависимости от характера патологии, экстренности или срочности специализированной помощи. Отделение реанимации и интенсивной терапии (для новорожденных) II этапа выхаживания новорожденных ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР оказывает помощь всем новорожденным (доношенным и недоношенным), находящимся в критическом состоянии.

Приоритетной задачей стационаров 3-го уровня является проведение длительной искусственной вентиляции легких и использование высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Помощь оказывается врачами – анестезиологами-реаниматологами, имеющими подготовку по неонатологии, медицинскими сестрами-анестезистками, детскими медицинскими сестрами.

## **ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ (ЕЖЕДНЕВНОЙ) ИНФОРМАЦИИ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

С целью координации действий и более эффективного использования коечного фонда информация о тяжелых новорожденных ежедневно в 9-00 заведующими соответствующих отделений ЛПУ КБР представляется дежурному врачу – анестезиологу-реаниматологу выездных реанимационных бригад ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР по телефону 8-(8662)-730-667 по форме:

1. Количество больных, в том числе находящихся на ИВЛ.
2. Количество свободных коек.
3. Количество свободных аппаратов ИВЛ.

В случае рождения доношенного или недоношенного ребенка, нуждающегося в оказании интенсивной или реанимационной помощи в ЛПУ 1-го уровня, информация в соответствии с формализованной картой первичной оценки состояния новорожденного (Приложение 8) поступает дежурному врачу – анестезиологу-реаниматологу выездных реанимационных бригад ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР по круглосуточно функционирующему телефону: 8-(8662)-730-667.

Отчет дежурного врача – анестезиолога-реаниматолога выездных реанимационных бригад о проведенной работе и выполнении выездов за сутки представляется ежедневно главному врачу ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР до 9-00 часов по форме:

1. Выполнено вызовов (с указанием территории, фамилии, возраста новорожденного и диагноза).
2. Невыполненные вызовы (с указанием причины).
3. Консультации по телефону (с указанием территории, фамилии, возраста новорожденного и диагноза).

Вопросы транспортного обеспечения обслуживаемых вызовов, а также коммуникационная функция со специализированными подразделениями осуществляется дежурным врачом – анестезиологом-реаниматологом выездных реанимационных бригад ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР.

**ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ  
НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ  
В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ  
ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР**

**1. ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ**

1.1. В стационарах 1-го уровня на лечении находятся новорожденные с соматической патологией, не требующей проведения респираторной терапии и парентерального питания. Транспортировка детей осуществляется по достижении ими 168 часов жизни в отделения патологии новорожденных или недоношенных детей ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР. При рождении детей, требующих проведения реанимационных видов лечения, вызывается выездная реанимационная неонатальная бригада по тел.: 8-(8662)-730-667. Врачом данной бригады проводится оценка состояния пациента, оказывается помощь, целью которой является стабилизация состояния показателей центральной гемодинамики и восстановление адекватной вентиляции легких, купирование судорог, если таковые имеют место. На ребенка оформляется Вкладной лист Консультации выездной реанимационной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР (Приложение 9). Далее ребенок переводится в отделение реанимации учреждения 3-го уровня.

1.2. В стационарах 2-го уровня на лечении находятся новорожденные, требующие проведения респираторной и кардиостимулирующей терапии, а также длительного парентерального питания. При отсутствии положительной динамики в течении заболевания на фоне использования всех доступных методов лечения, при диагностических трудностях, неразрешимых на данном этапе, а также при необходимости хирургического вмешательства диагностического характера вызывается врач выездной реанимационной бригады, узкие специалисты ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР, после чего, при невозможности уточнить диагноз на месте и оказать помощь в большем объеме, больной переводится в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР. На ребенка оформляется Вкладной лист Консультации выездной реанимационной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР (Приложение 9).

1.3. Новорожденные с хирургическими заболеваниями (врожденная аномалия внутренних органов, травма, подозрение на атрезию пищевода, отсутствие ануса, спинномозговая грыжа и др.) при необходимости экстренного хирургического вмешательства переводятся в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР в экстренном порядке в соответствии с Приложением 4 к настоящему приказу.

1.4. Больные с гемолитической болезнью новорожденных получают лечение (в том числе и операцию заменного переливания крови) в родильных отделениях ЛПУ, а вопросы о переводе на второй этап лечения при наличии

осложненных форм гемолитической болезни новорожденных решаются планоно.

При невозможности проведения операции заменного переливания крови силами специалистов родильного отделения привлекать к консультативной помощи и, в том числе, к выполнению проведения данной манипуляции специалистов выездной неонатальной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР.

## 2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ

Больные, которых транспортировать нецелесообразно:

2.1. Больные с множественными врожденными пороками развития, не подлежащими экстренной хирургической коррекции, больные с наследственными и хромосомными заболеваниями.

2.2. Дети с диагнозом «Шок 2 и 3-й степеней» до выведения их из шока.

2.3. Дети в судорожном статусе считаются нетранспортабельными до выведения их из него.

2.4. Новорожденные с кровотечениями до проведения гемостатических и противошоковых мероприятий, а при необходимости – до консультации хирурга – не переводятся.

2.5. В случае наличия у ребенка врожденного порока сердца и тяжелого состояния, что ограничивает возможности транспортировки, необходимость и возможность транспортировки определяется индивидуально для каждого ребенка.

2.6. Отсутствие мест или оборудования в стационаре более высокого уровня.

2.7. Ограничения к транспортировке возникают, когда во время ее выполнения невозможно обеспечить адекватную тяжести состояния терапию, необходимую для больного, и риск транспортировки превышает для ребенка потенциально возможную пользу от ее осуществления.

Абсолютными противопоказаниями к транспортировке являются:

- Наличие у больного положительной пробы на перекладывание.
- Остановка сердца, возникшая менее чем за сутки до транспортировки.
- Некупированное кровотечение.
- Наличие нелеченого синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.).
- Нарастание патологической неврологической симптоматики при наличии диагностированного внутричерепного объема.
- Некупированная пароксизмальная тахикардия.
- Наличие декомпенсированных метаболических нарушений, коррекция которых не проводится.
- Некупированная лихорадка выше 39С.
- Ректальная гипотермия менее 35С.
- Отсутствие иммобилизации при переломах.

После принятия решения о перегоспитализации больного врач – анестезиолог-реаниматолог выездной реанимационной неонатальной бригады должен провести **пробу на переукладывание**.

Проба на переукладывание заключается в переукладывании больного из кровати (кувеза) на носилки (в кувез) и определения АД, ЧСС и сатурации гемоглобина кислородом до и после переукладывания. Если после проведения пробы АД или ЧСС изменяются больше, чем на 25% от возрастной нормы, или у больного появляются судороги (или их эквиваленты), то проба считается положительной, что является противопоказанием к транспортировке. При отрицательной пробе на переукладывание и отсутствии противопоказаний к транспортировке врач выездной реанимационной неонатальной бригады выполняет перегоспитализацию.

### 3. ТРАНСПОРТИРОВКА

Осуществляется только специально оборудованным санитарным транспортом в присутствии подготовленного специалиста. Все новорожденные транспортируются в транспортном инкубаторе с обеспечением необходимого температурного режима, с мониторингом функций организма.

Во время транспортировки реаниматолог выездной бригады обязан:

- проводить респираторную оксигенотерапию, на 1 ступень превышающую терапию, компенсирующую дыхательную недостаточность (далее – ДН) в стационаре;
- создать нейровегетативный покой (ребенок в тяжелом состоянии не должен «присутствовать» при своей перегоспитализации);
- обеспечить адекватную инфузионную терапию;
- обеспечить адекватную санацию трахеобронхиального дерева;
- обеспечить постоянное наблюдение и контроль за состоянием ребенка;
- соблюдать общие правила техники безопасности при работе в условиях сантранспорта (привязные ремни для персонала и ребенка, соблюдение требований по работе с кислородом, электроприборами и проч.)

В отделение реанимации и интенсивной терапии (для новорожденных) ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР ребенок доставляется в транспортном инкубаторе на фоне адекватной его состоянию респираторной и медикаментозной терапии.

Оценка качества транспортировки осуществляется на основании анализа карты транспортировки. Кювезы, респираторы, мониторы и инфузионные помпы должны иметь автономное питание.

## **ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

1. Новорожденный с подозрением на хирургическую патологию органов грудной и брюшной полости без предварительного согласования с полным пакетом документов (подробная выписка из истории роженицы, истории новорожденного, справкой о рождении и согласием родителей на операцию) должен быть переправлен в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР. Транспортировка осуществляется выездной неонатальной реанимационной бригадой ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР, которая должна обеспечить новорожденного транспортом с соблюдением теплового режима, возможностью аспирации слюны и слизи из ротоглотки. Все новорожденные, за исключением пациентов с атрезией пищевода, должны транспортироваться с гастральным зондом. Детям с атрезией пищевода зонд устанавливается в оральный отрезок пищевода, из которого аспирация слизи должна производиться каждые 10-15 минут. Важно при этом заболевании перед транспортировкой провести интубацию трахеи. О транспортировке пациента врач выездной неонатальной реанимационной бригады сообщает дежурному врачу-анестезиологу-реаниматологу выездных реанимационных бригад по телефону 8-(8662)- 730-667, который эту информацию должен сообщить заведующему детским хирургическим отделением ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР или детскому хирургу, ответственному за хирургическое лечение новорожденных детей.

2. Новорожденные, родившиеся с нарушенной целостностью передней брюшной стенки, с полной или частичной эвентрацией кишечника (пупочная грыжа с разрывом оболочек, эмбриональная грыжа с разрывом оболочек, гастрошизис), при времени транспортировки не более 2 часов, без предварительных согласований, должны быть доставлены для экстренного оперативного вмешательства в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР силами выездной неонатальной реанимационной бригады. Эвентрированные петли кишечника во время транспортировки должны быть накрыты мягкой полиэтиленовой пленкой, сухой марлевой повязкой. Ребенок должен быть согрет, обезболен перед транспортировкой.

3. Если острое хирургическое заболевание новорожденного требует выполнения экстренного хирургического вмешательства, а ребенок нетранспортабелен, операция должна быть выполнена детским хирургом ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР по линии санитарной авиации. На место выезжает детский хирург и детский анестезиолог-реаниматолог выездной реанимационной неонатальной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР. Последний, проведя анестезию, занимается интенсивной терапией больного в послеоперационном периоде; при необходимости его заменяют на другого специалиста выездной реанимационной неонатальной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР. Доведя ребенка до транспортабельного состояния, врач – анестезиолог-реаниматолог выездной реанимационной неонатальной бригады без согласования переводит

больного в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР. В тех случаях, когда специалисты выездной реанимационной неонатальной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР, вызванные к новорожденному с острым хирургическим заболеванием, находящегося по заключению педиатра родильного стационара в нетранспортабельном состоянии, посчитают, что больного можно доставить в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР, они обязаны выполнить этот перевод без предварительных согласований.

4. Во всех случаях множественной сочетанной патологии, когда хирургическое заболевание новорожденного сочетается с органическим или функциональным грубым поражением головного мозга, когда имеются грубые генетические уродства: отсутствие конечности, тяжелые комбинированные пороки сердца, тяжелые поражения периферической нервной и костной системы, а также если хирургическое заболевание сочетается с глубокой недоношенностью ребенка, - врачи – педиатры или неонатологи родильных стационаров должны уведомлять родителей ребенка об этом, получить их письменное согласие на проведение оперативного лечения, с обязательным разъяснением всех возможных рисков оперативного вмешательства. По каждому из этих случаев педиатр (неонатолог) родильного стационара должен информировать главного внештатного специалиста детского хирурга МЗ КБР или детского хирурга, ответственного за оперативное лечение новорожденных, по телефону: 8-(8662)-73-05-28. В случае отказа родителей от оперативного вмешательства, ребенок должен быть в плановом порядке переведен из родильного отделения в отделение II этапа выхаживания новорожденных в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР для проведения полного обследования и симптоматического лечения.

## **ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания помощи детям с пороками сердца в целях их раннего выявления, своевременного лечения.
2. При рождении ребенка с врожденным пороком сердца (далее – ВПС) в роддомах, имеющих УЗИ-аппаратуру, провести первичное УЗИ-обследование сердечно-сосудистой системы с определением типа ВПС.
3. При рождении ребенка в лечебных учреждениях без возможности проведения УЗИ-диагностики - определить порок сердца по тесту-опроснику (Приложение б к настоящему приказу) с подсчетом количества баллов для прогноза развития критических состояний. При необходимости оценка симптомов проводится совместно с помощью врача выездной реанимационной бригады или дежурного врача – анестезиолога-реаниматолога выездных реанимационных бригад по телефону: 8-(8662)- 730-667.
4. При необходимости перевода новорожденного по экстренным показаниям в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР провести предтранспортировку подготовку (Приложение б).
5. Транспортировать ребенка специализированным реанимобилем для новорожденных силами выездной неонатальной реанимационной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР.
6. При отсутствии необходимости экстренного перевода согласовать сроки перевода в отделения II этапа выхаживания с заведующими отделениями патологии новорожденных или недоношенных детей ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР.  
В случаях необходимости проведения хирургической коррекции порока сердца проводится заседание комиссии по отбору больных на лечение за пределами республики в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР. Подготавливается подробная выписка из истории болезни ребенка с указанием кода диагноза по МКБ-10, кодов профиля и вида предстоящей высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с действующим приказом МЗиСР РФ по утверждению государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на соответствующий год.
7. Родственники больного ребенка направляются в отдел охраны материнства и детства Минздрава КБР с указанными документами и диском (дискетой) со сканированной выпиской, а также с копиями свидетельства о рождении ребенка, медицинского полиса, страхового свидетельства пенсионного страхования (СНИЛС), ксерокопией паспорта матери, для отправки запроса на оперативное лечение ребенка в специализированном учреждении федерального уровня. Приемные дни – вторник, четверг с 9-00 до 18-00

часов, перерыв с 13-00 до 14-00 часов); при экстренных ситуациях – в любой день, кроме субботы и воскресенья, по предварительному телефонному звонку лечащего врача.

8. В случаях стабильного состояния ребенка неонатологам родильных домов необходимо направлять новорожденного после выписки на плановую первичную консультацию к главному внештатному детскому кардиологу в течение первого месяца жизни для решения вопроса наличия показаний для выезда за пределы республики на консультацию и (или) высокотехнологичное лечение ребенка.
9. При направлении на консультацию - иметь подробную выписку из истории болезни, свидетельство о рождении ребенка, медицинский полис, страховое свидетельство пенсионного страхования (СНИЛС).

Приложение № 6  
к приказу МЗ КБР от 04.02.2010г. № 14-П

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

1. Для оптимизации диагностики, прогноза и исхода течения пороков сердца у новорожденных в родильных стационарах использовать для первичной диагностики имеющуюся УЗИ-аппаратуру, внедрив в работу алгоритм определения критических состояний при ВПС у новорожденных, выделяя при этом 5 диагностических групп по тесту-опроснику (Миролюбов Л.М., Калиничева Ю.Б., 2004).
2. Провести оценку состояния новорожденного ребенка неонатологом родильного дома совместно с дежурным врачом – анестезиологом-реаниматологом выездной реанимационной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР по телефону.
3. В зависимости от того, к какой группе относится новорожденный по данным первичной УЗИ-диагностики и/или от количества баллов по тесту-опроснику, избираются основные направления терапии и тактики ведения новорожденного, включающие необходимость и срочность перевода в ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР.
4. Используется следующий Тест-опросник в качестве схемы оценки состояния новорожденного с подозрением на ВПС:

Симптомы и синдромы	Баллы
<b>Анамнез:</b>	
Недоношенность	-2
Аспирация околоплодных вод (особенно мекониальных)	-2
Апгар: 3-5 баллов	-2
5-7 баллов	0
7-9 баллов	1
<b>Динамика состояния:</b>	

Положительная без медицинской поддержки	2
Тяжелое состояние с момента рождения	-2
Ухудшение к 3-4-й неделе жизни	4
Резкое ухудшение через несколько часов после рождения	5
<b>Частота дыхания в покое:</b>	
40 и менее в мин (брадипноэ с элементами апноэ)	3
40-60 в мин	0
60-80 в мин	2
80-100 в мин	4
<b>Частота сердечных сокращений в покое:</b>	
Менее 110 в мин	0
110-140 в мин	-3
140-150 в мин	0
160-180 в мин	1
Более 180 в мин	5
<b>Окраска кожи:</b>	
физиологическая	2
акроцианоз	0
мраморность	4
тотальный цианоз	5
дифференциальный цианоз	5
<b>Периферический пульс:</b>	
удовлетворительного наполнения на всех конечностях	0
не определяется на бедренной артерии	5
симметрично снижен	5
<b>Аускультативная картина:</b>	
систолический 1/6 шум на основании	0
систолический 2-3/6 вдоль левого края грудины	2
систолический 2/6 с максимум на спине	4
отсутствие шума в сердце, глухие сердечные тоны	-1
<b>Динамика шума:</b>	
появляется через несколько часов или дней после рождения	0
выслушивается в родильном зале	4
нарастает с ухудшением состояния	3
исчезает с ухудшением состояния	6
<b>Динамика веса в первые дни жизни:</b>	
нормальная потеря	0
нет динамики	1
патологическая прибавка	2
<b>Диурез:</b>	
нормальный	0
стимулируется мочегонными	2
олигурия, переходящая в анурию	3

<b>Аускультативная картина со стороны легких:</b>	
дыхание проводится по всем полям, хрипов нет	0
очаговые нарушения	-2
постоянная крепитация по всем полям	1
<b>Динамика на кардиотониках:</b>	
не применялись	0
положительная	2
нет динамики	3
<b>Проба с дыханием 100% кислородом:</b>	
Положительная	-2
Отрицательная	6
<b>Артериальное давление руки/ноги:</b>	
Равное	0
Постоянный градиент более 30 мм рт см	5
Системная гипотония	5
<b>ЭКГ:</b>	
Без особенностей	0
Гипертрофия правых отделов	4
Комбинированная гипертрофия или левого желудочка	2
Патологическое отклонение ЭОС влево	5
<b>Рентгенография органов гр. клетки:</b>	
Нормальные размеры сердца	-1
Умеренное увеличение (КТИ<0,6)	3
Кардиомегалия (КТИ>0,6)	4
<b>Легочные поля:</b>	
Без патологии	3
Очаговая инфильтрация	-2
Усиление легочного рисунка	2
Диффузное снижение пневматизации	5
Обеднение легочного рисунка	4
Другие изменения	-5
<b>Сатурация O<sub>2</sub>:</b>	
96-100%	0
90-95%	2
80-89%	1
Менее 80%	4
<b>КЩС (pO<sub>2</sub>):</b>	
Норма	-2
Умеренно снижено	0
Менее 30 мм рт см	3
<b>КЩС:</b>	
pH норма, pCO <sub>2</sub> норма	1
pH снижено, pCO <sub>2</sub> повышено	-2
pH снижено, pCO <sub>2</sub> норма	2
pH снижено, pCO <sub>2</sub> снижено	3

5. По результатам тестирования новорожденные выделяются в пять клинических групп:

**I. Количество баллов более 35 – наиболее вероятная диагностическая группа – дуктус-зависимая циркуляция:**

- кислородотерапия противопоказана! При необходимости ИВЛ ее проводят воздухом;
- в/в титрование простагландина E<sub>1</sub> в начальной дозе 0,05 мкг/кг/мин, при достижении эффекта дозу можно снизить до 0,01-0,025 мкг/кг/мин;
- коррекция кислотно-щелочного состояния.

Если ведущий симптом – сердечная недостаточность или ее сочетание с артериальной гипоксемией, - то необходимо добавить к вышеизложенному:

- дофамин в дозе 5 мкг/кг/мин, мочегонные;
- перевод в отделение кардиохирургии только после заочной или очной консультации врачей отделения (оценка транспортабельности);
- транспортировка в отделение кардиохирургии при стабилизации состояния на фоне терапии; терапия продолжается во время транспортировки.

**II. Количество баллов 20-35 – вероятные диагностические группы – дуктус-зависимая легочная циркуляция или форамен-зависимая циркуляция (ФЗЦ):**

- кислородотерапия назначается в зависимости от результатов пробы с кислородом: при положительной пробе (форамен-зависимая циркуляция) – показана; при отрицательной (дуктус-зависимая легочная циркуляция) – противопоказана;
- титрование простаглана не показано.

Если есть клиника сердечной недостаточности (ФЗЦ):

- лазикс, инфузионная терапия в объеме 2/3 от физиологической потребности.

Перевод в отделение кардиохирургии осуществляется после заочной телефонной консультации кардиолога отделения кардиохирургии, терапия продолжается во время транспортировки.

**III. Количество баллов 10-20 – любая диагностическая группа – состояние компенсации:**

- терапия не показана;
- обследование с целью верификации порока в отделении кардиохирургии в периоде новорожденности.

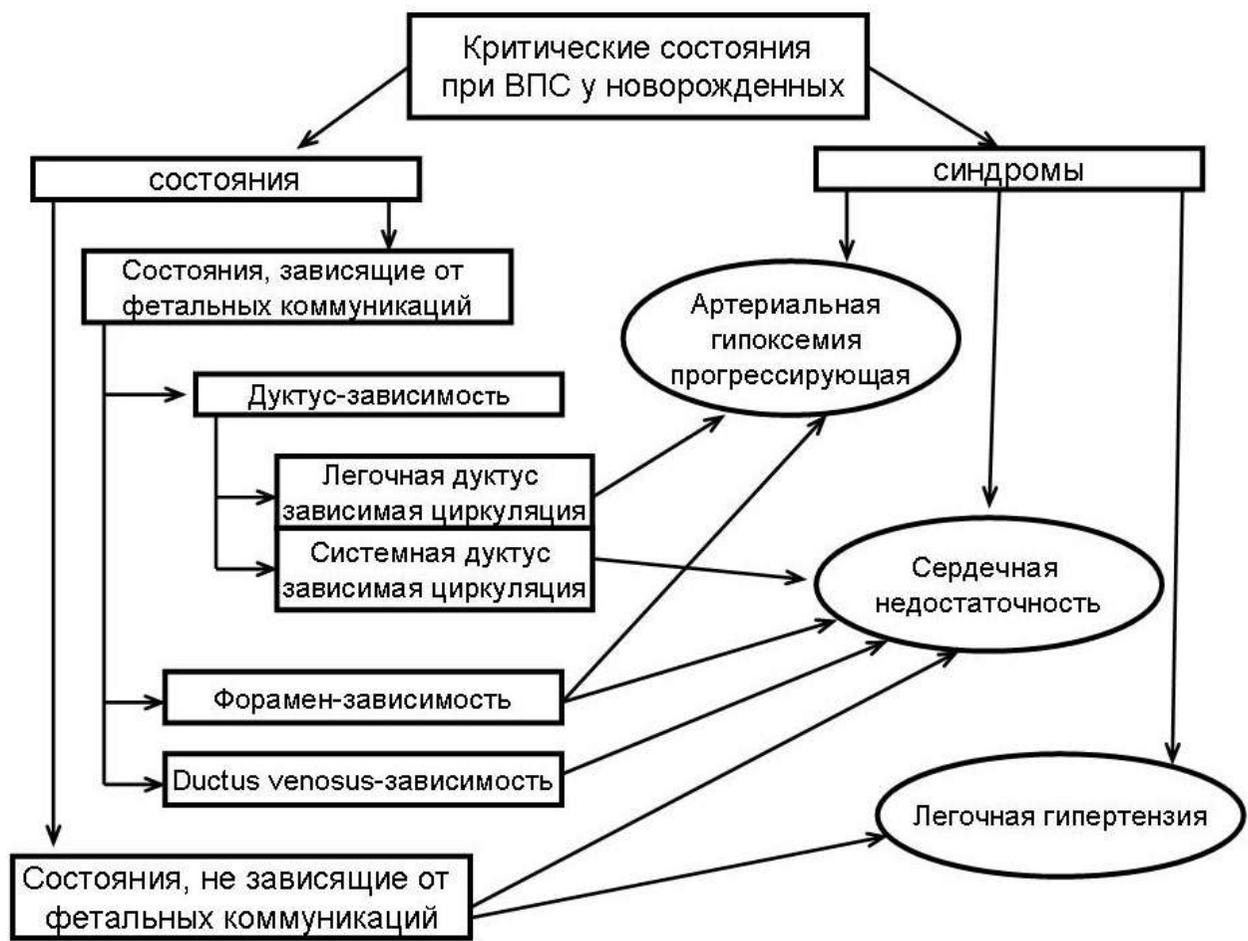
**IV. Количество баллов 0 – 10;**

- диагноз ВПС сомнителен;
- показано обследование в отделении патологии новорожденности.

**V. Количество баллов менее 0;**

- нет данных за ВПС.

6. Для определения синдромов, характеризующих тяжесть состояния новорожденного, может использоваться схема прогноза критических состояний новорожденных с ВПС (см.схему).



7. Для определения правильности лечебной тактики может использоваться схема основных направлений терапии различных групп новорожденных с ВПС

	Адекватная	Возможная	Потенциально опасная
Дуктус-зависимая легочная циркуляция	Кислородотерапия противопоказана! Титрирование PGE <sub>1</sub> Коррекция КЩС, при необходимости ИВЛ – ее проведение воздухом	Кислородотерапия противопоказана! Коррекция КЩС, при необходимости ИВЛ – ее проведение воздухом или отсутствие терапии	Инсуфляция кислорода или ИВЛ кислородом, индометацин в/в
Дуктус-зависимая системная циркуляция	Кислородотерапия противопоказана! Титрирование PGE <sub>1</sub> Коррекция КЩС, при необходимости ИВЛ – ее проведение воздухом, кардиотоники, мочегонные	Кислородотерапия противопоказана! Кардиотоники, мочегонные	Инсуфляция кислорода или ИВЛ кислородом, индометацин в/в
Форамен-зависимость	Кислородотерапия, кардиотоники, мочегонные, вазодилататоры, ограничение инф. терапии	Кардиотоники, мочегонные	Титрирование PGE <sub>1</sub> (в ряде случаев), отсутствие терапии
Легочная гипертензия	Кардиотоники, мочегонные, ограничение инф. терапии. При ОАП большого диаметра – индометацин в/в	Кардиотоники, мочегонные	Вазодилататоры
Сложные цианотические пороки сердца	Кислородотерапия. Коррекция КЩС	Отсутствие терапии	

## КРИТЕРИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Система органов	Оцениваемые показатели
Центральная нервная система	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте менее 4 баллов</li> <li>- Угнетение сознания любой степени</li> <li>- Наличие генерализованных тонических судорог</li> </ul>
Сердечно-сосудистая система	<p style="text-align: center;"><u>Микроциркуляция</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Время наполнения капилляров &gt; 5 с</li> <li>- Мраморность кожи</li> <li>- Серый колорит кожи</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Пульс</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тахикардия с ЧСС 160-180/минуту</li> <li>- Тахикардия более 180/минуту, резистентная к проводимой терапии</li> <li>- Брадикардия с ЧСС &lt; 80/минуту</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Артериальное давление</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипотензия (среднее АД ниже 30 мм рт. ст. у новорожденных с низкой и ЭНМТ и &lt; 35 у доношенных новорожденных)</li> <li>- Гипотензия на фоне волевической нагрузки и инотропной поддержки (доза инотропов &gt; 5 мкг/кг/минуту)</li> <li>- Прогрессирующая гипотензия</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Центральное венозное давление</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Менее 3 см вод. ст.</li> <li>- Более 8 см вод. ст.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Диурез</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Менее 0,5 мл/кг/час</li> </ul>
Дыхательная система	<p style="text-align: center;"><u>Характер дыхания</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Самостоятельное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки и участием вспомогательной мускулатуры</li> <li>- «Стонущее» дыхание</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Частота дыхания</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ЧД &gt; 80 минуту</li> <li>- ЧД &gt; 100/минуту</li> <li>- ЧД &lt; 25-30/минуту</li> </ul>

	<p align="center"><u>Потребность в кислороде</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выраженная (лицевая маска)</li> <li>- Максимально выраженная (максимальный поток кислорода, плотная лицевая маска)</li> </ul> <p align="center"><u>SpO<sub>2</sub> без кислорода</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Менее 89%</li> </ul> <p align="center"><u>Искусственная вентиляция легких</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ИВЛ с FiO<sub>2</sub> = 60%, умеренно жесткими параметрами; ДН декомпенсирована</li> <li>- ИВЛ с FiO<sub>2</sub> = 100%, жесткими параметрами; ДН декомпенсирована, потребность в ВЧИВЛ</li> </ul> <p align="center"><u>Синхронизация с аппаратом ИВЛ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Постоянная десинхронизация, не купирующаяся введением седативных препаратов</li> </ul>
Желудочно-кишечный тракт	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Наличие врожденных пороков развития, требующих хирургической коррекции</li> <li>- Массивное желудочно-кишечное кровотечение, потребовавшее проведения гемотрансфузии</li> <li>- Наличие пареза кишечника II и III степени</li> </ul>
Гепато-билиарная система	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Желтуха III степени</li> <li>- Концентрация печеночных ферментов увеличена более чем в 2 раза</li> <li>- Концентрация общего билирубина в сыворотке крови более 150 мкмоль/л или фракция прямого билирубина более 10%</li> </ul>
Мочевыделительная система	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Темп диуреза менее 0,5 мл/кг/час</li> <li>- Концентрация креатинина сыворотки крови более 100 ммоль/л</li> <li>- Наличие динамического увеличения концентрация креатинина сыворотки крови</li> </ul>
Система крови	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Количество эритроцитов в периферической крови менее <math>4,5 \times 10^{12}/л</math></li> <li>- Концентрация гемоглобина в периферической крови менее 140 г/л</li> <li>- Количество лейкоцитов в периферической крови менее <math>5,0 \times 10^9/л</math> или более <math>20,0 \times 10^9/л</math></li> <li>- Абсолютное число нейтрофилов менее 1000</li> <li>- Количество тромбоцитов в периферической крови менее <math>100,0 \times 10^9/л</math></li> </ul>

**ФОРМАЛИЗОВАННАЯ КАРТА ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ  
НОВОРОЖДЕННОГО, НАБЛЮДАЮЩЕГОСЯ В ГУЗ «РДКБ» МЗКБР**

Дата обращения				Время обращения			
Район				Фамилия, Имя, Отчество врача ЛПУ			
ЛПУ	ГБ	ЦРБ	РБ				
<b>ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ НОВОРОЖДЕННОГО</b>							
Фамилия ребенка					Пол	М	Ж
Дата рождения				Время рождения			
Масса тела при рождении		Масса тела на момент обращения		Рост			
Срок гестации			Оценка по шкале Апгар-1				
			Оценка по шкале Апгар-5				
Адрес прописки							
<b>АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ МАТЕРИ</b>							
Возраст матери		№ беременности		№ родов			
Осложнения беременности				Осложнения родов			
Да		Нет		Да		Нет	
Мероприятия в родзале				Санация ТБД			
				Оксигенотерапия			
				Интубация трахеи, ИВЛ			
				Введение препаратов сурфактанта			
				Закрытый массаж сердца			
				Введение препаратов для реанимации			
<b>СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ</b>							
<b>ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА</b>							
<i>Крик</i>		<i>Двигательная активность</i>			<i>Мышечный тонус</i>		
Эмоциональный спонтанный крик независимо от внешних		Спонтанная двигательная активность			Нормотония (флексорная поза для доношенных)		

раздражителей				новорожденных)		
Стон или неадекватный крик в ответ на болевое раздражение		Двигательная активность в ответ на болевое раздражение		Гипертонус		
Отсутствие крика даже при нанесении болевого раздражения		Отсутствие двигательной активности в ответ на болевое раздражение		Гипотонус		
СОЗНАНИЕ		ЯСНОЕ		УГНЕТЕНО		
<i>Реакция зрачков на свет</i>		<i>Роговичный рефлекс</i>		<i>Рефлекс с бифуркации трахеи</i>		
Сохранена		Сохранена		Сохранена		
Отсутствует		Отсутствует		Отсутствует		
<b>СУДОРОГИ</b>						
Нет		Генерализованные	Локальные	Тонические	Клонические	
Функция ЦНС		КОМПЕНСИРОВАНА		ДЕКОМПЕНСИРОВАНА		
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА</b>						
Цвет кожи	Бледно-розовый	Бледность	Центральный цианоз	Периферический цианоз	Мраморность	Серый колорит
<i>Микроциркуляция</i>	Не нарушена	Снижение температуры дистальных отделов конечностей		Время наполнения капилляров < 5 с	Время наполнения капилляров > 5 с	
<i>Пульс</i>		<i>АД</i>		<i>ЦВД</i>		
Функция ССС	КОМПЕНСИРОВАНА			ДЕКОМПЕНСИРОВАНА		
<b>ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА</b>						
<i>Характер дыхания</i>	Спонтанное, адекватное		Спонтанное, неадекватное	«Стонущее» дыхание	Апноэ	ИВЛ
<i>Частота дыхания</i>			$SpO_2$	$FiO_2$	$SpO_2$ при $FiO_2 = 0,21$	
<i>ИВЛ</i>	$FiO_2$	$PIP$	$PEEP$	$f$	$tin$	$I : E$
<i>Синхронизация с аппаратом ИВЛ</i>		Синхронизирован		Десинхронизирован		
<i>ДН на фоне ИВЛ</i>		КОМПЕНСИРОВАНА		ДЕКОМПЕНСИРОВАНА		
<i>Функция ДС</i>		КОМПЕНСИРОВАНА		ДЕКОМПЕНСИРОВАНА		
<i>Аускультация легких</i>		Дыхание проводится равномерно с двух сторон		Дыхание проводится неравномерно (ослаблено: D S)		
<b>ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ</b>						
<i>ВГР, требующие хирургической коррекции</i>		<i>Массивное желудочно-кишечное кровотечение</i>		Наличие пареза кишечника		
Есть		Есть		Парез кишечника II степени		
Нет		Нет		Парез кишечника III степени		

<b>Функция ЖКТ</b>		КОМПЕНСИРОВАНА		ДЕКОМПЕНСИРОВАНА	
<b>ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ СИСТЕМА</b>					
<b>Иктеричность кожи</b>		<b>Концентрация билирубина</b>		<b>Концентрация печеночных ферментов</b>	
Желтуха I степени		Норма (_____ мкмоль/л)		Норма	
Желтуха II степени		Менее 150 мкмоль/л		Увеличена менее чем в 2 раза	
Желтуха III степени		Более 150 мкмоль/л или фракция прямого билирубина более 10%		Увеличена более чем в 2 раза	
<b>Функция ГБС</b>		КОМПЕНСИРОВАНА		ДЕКОМПЕНСИРОВАНА	
<b>МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА</b>					
<b>Темп диуреза</b>		1 мл/кг/час		0,5 мл/кг/час	
				< 0,5 мл/кг/час. анурия	
<b>Функция МВС</b>		КОМПЕНСИРОВАНА		ДЕКОМПЕНСИРОВАНА	
<b>СИСТЕМА КРОВИ</b>					
<b>Концентрация гемоглобина</b>	<b>Количество эритроцитов</b>	<b>Количество лейкоцитов</b>	<b>Количество тромбоцитов</b>	<b>Уровень гликемии</b>	
> 140 г/л	> 4,5 x 10 <sup>12</sup> /л	< 5,0 x 10 <sup>9</sup> /л	> 100,0 x 10 <sup>9</sup> /л	2,8-6,0 ммоль/л	
< 140 г/л	< 4,5 x 10 <sup>12</sup> /л	> 20,0 x 10 <sup>9</sup> /л	< 100,0 x 10 <sup>9</sup> /л	< 2,6-2,8 ммоль/л	

**Заключение:****Терапия:**

1. Венозный доступ \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

## Вкладной лист Консультации выездной неонатальной реанимационной бригады ГУЗ «РДКБ» МЗ КБР

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № \_\_\_\_\_ ФИО РЕБЕНКА \_\_\_\_\_

возраст \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

Врач выездной реанимационной бригады (ФИО) \_\_\_\_\_

Дата консультации \_\_\_\_\_ время с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Время	Артериальное Давление	Частота сердечных сокращений	Частота дыхания	Сатурация	Температура	Центральное венозное давление	Респираторная терапия с указанием параметров искусственной вентиляции легких.							

Цель выезда:

Состояние больного:

- Тяжесть состояния обусловлена:

- Сознание
- Зрачки
- Патологическая неврологическая симптоматика

- Кожные покровы
- Слизистые
- Нарушение микроциркуляции
- Дыхание

- Тоны сердца
- Центральная гемодинамика
- Органы ЖКТ: печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

перистальтика \_\_\_\_\_ вздутие живота \_\_\_\_\_ отделяемое из желудка \_\_\_\_\_ стул \_\_\_\_\_

- Диурез
- Объем в/в инфузии (расчет)
- Лабораторные данные:

*Динамика состояния за период наблюдения:*

*Манипуляции и лечебные мероприятия:*

*Проба на переключивание:*

*Заключение:*

Подпись врача выездной  
реанимационной бригады

Заместитель министра-  
руководитель департамента  
по вопросам лицензирования  
и контрольно-аналитической работы

О.Удалова

Начальник отдела охраны  
материнства и детства

Ю.Шогенова

Заведующая сектором  
правового обеспечения

А.Калита

Редактор-корректор

Л.Тамазова